

介護保険(第2号被保険者)適用除外 該当・不該当届

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎記入の方法は記入例が
ありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しな
いでください。

被保険者証の記号 ※	被保険者証の番号 (左詰め)	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須) (氏) (名)		生年月日 昭和 平成 令和	性別 男・女	資格取得年月日 昭和 平成 令和
		被保険者の住所		電話番号		勤務先名称
		〒				

届出の該当者のみご記入ください。※被扶養者のみの場合、2行目からご記入ください。

対象者の氏名 (生年月日)	続柄	満年齢	該当・不該当年月日	適用除外の事由及び該当・不該当に☑してください。 その他の場合は理由を備考欄にご記入ください。
(氏) (名) (年 月 日生まれ)	本人		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.国外居住者 <input type="checkbox"/> 2.身体障害者療護施設入居者 <input type="checkbox"/> 3.在留期間3か月以下の外国人 <input type="checkbox"/> 1 : 該当 <input type="checkbox"/> 2 : 不該当
(氏) (名) (年 月 日生まれ)			令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.国外居住者 <input type="checkbox"/> 2.身体障害者療護施設入居者 <input type="checkbox"/> 3.在留期間3か月以下の外国人 <input type="checkbox"/> 1 : 該当 <input type="checkbox"/> 2 : 不該当
帰国日				
現住所				
TEL				

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

備考欄	受付印

事業主証明欄	事業所所在地	上記の通り、相違ないことを証明します。 (〒 -) 令和 年 月 日提出
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号 TEL	()

社会保険労務士の提出代行者名